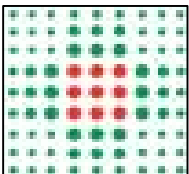




# **Benefici dell'approccio laparoscopico nella chirurgia colo-rettale dell'anziano**

*C. Gregorio, G. Anania*



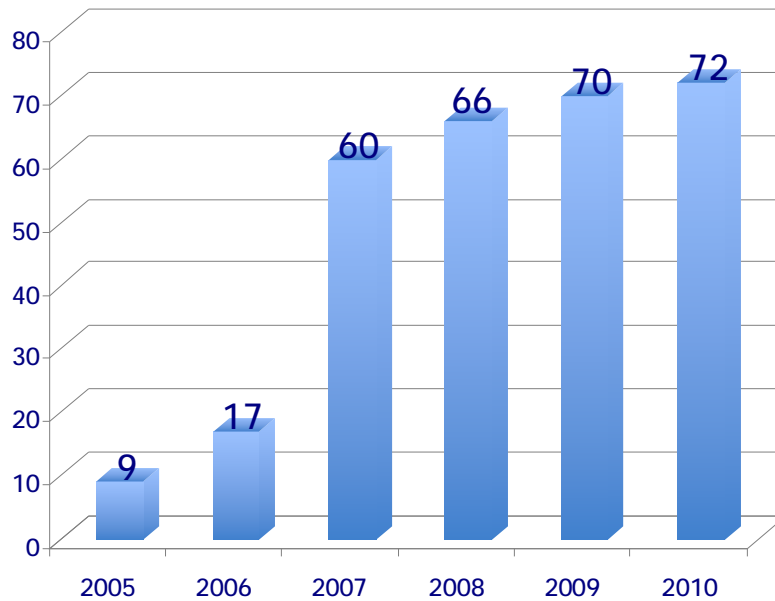
---

**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara**  
**Unità Operativa di Chirurgia Generale e Toracica**  
*Direttore: Prof. E. Durante*

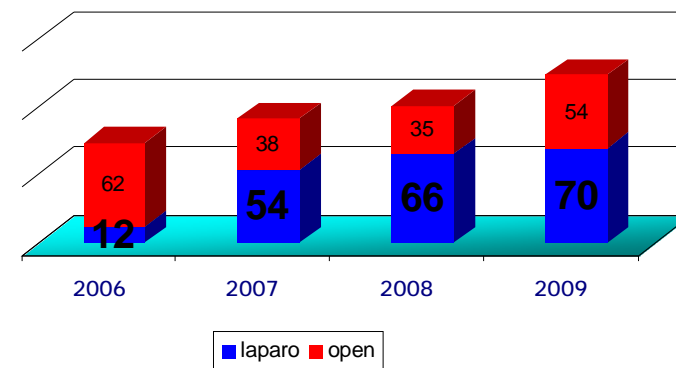


# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Unità Operativa di Chirurgia Generale e Toracica.



294 interventi in 6 anni



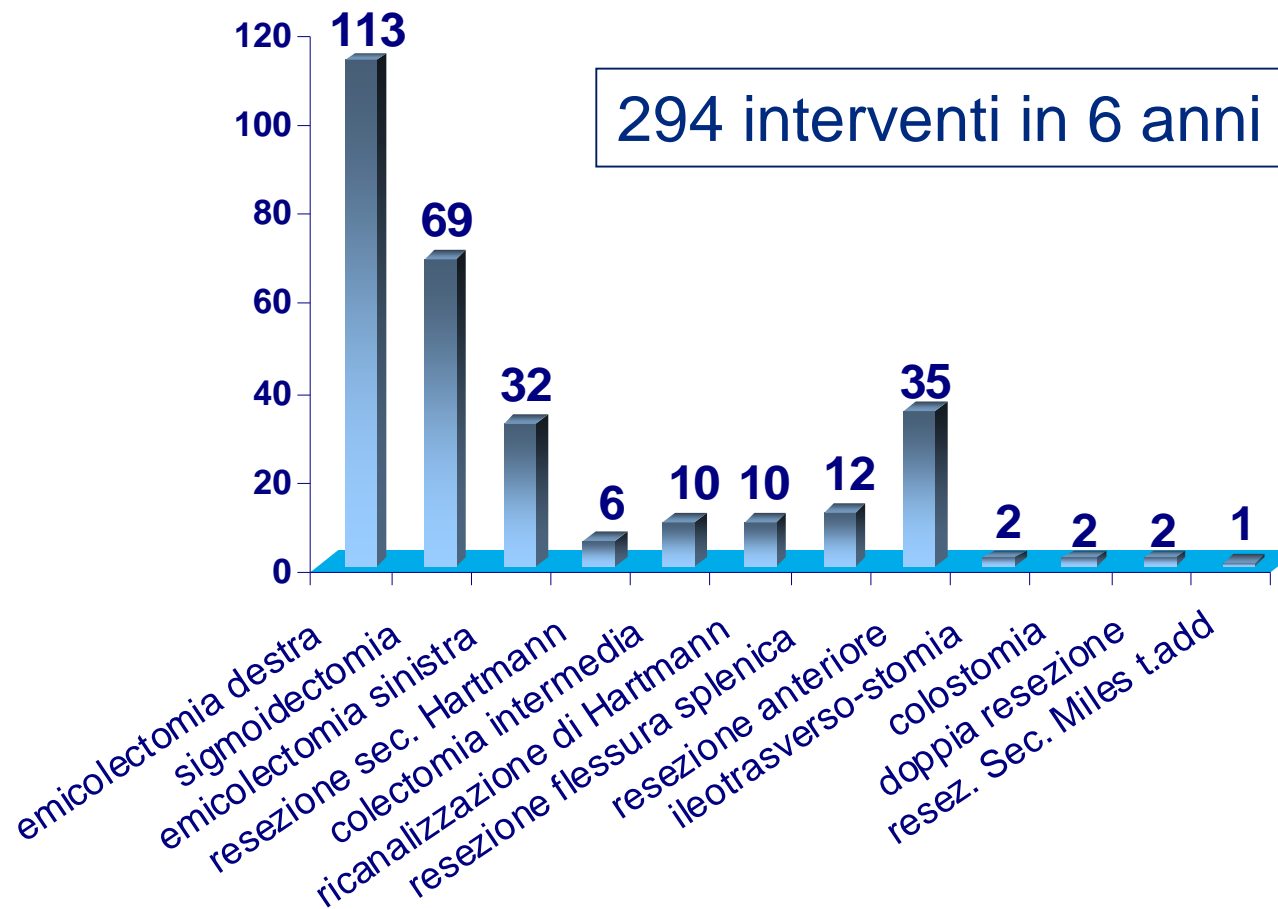
	2006	2007	2008	2009
Laparo	21,5%	58,6%	65,3%	56,5%
Open	78,5%	41,4%	34,7%	43,5%



16 aprile 2011

# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Unità Operativa di Chirurgia Generale e Toracica.



# Chirurgia colo-rettale in elezione

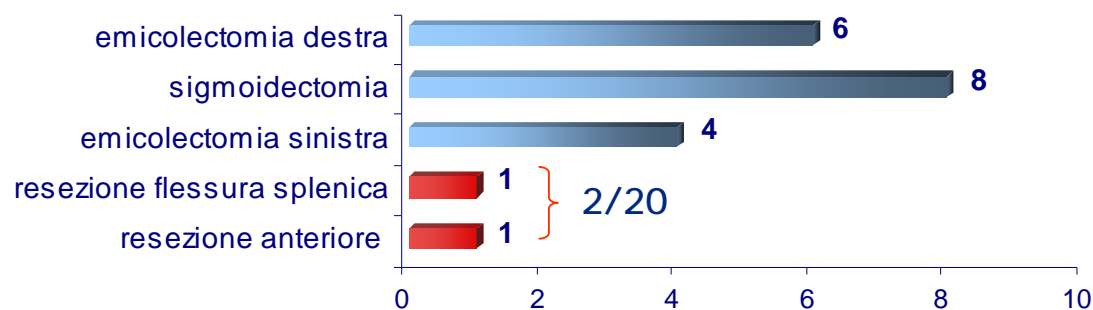
## Unità Operativa di Chirurgia Generale e Toracica.

### Curva d'apprendimento

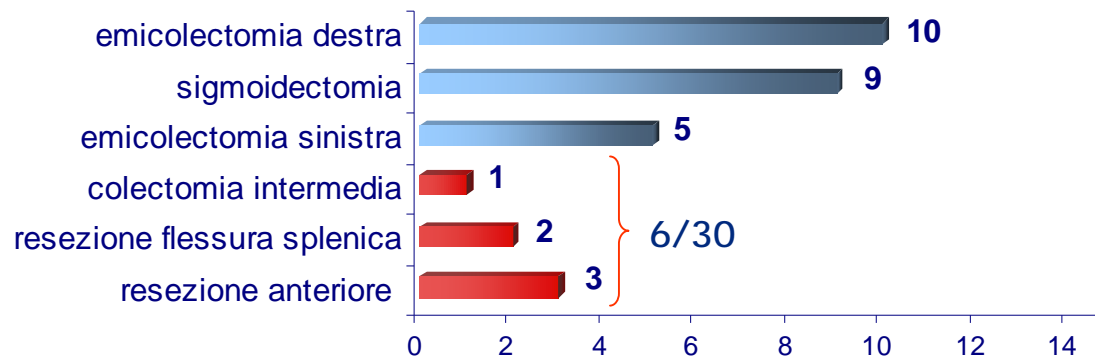
 **Media complessità**

 **Alta complessità**

#### Primi 20 casi



#### Secondi 30 casi

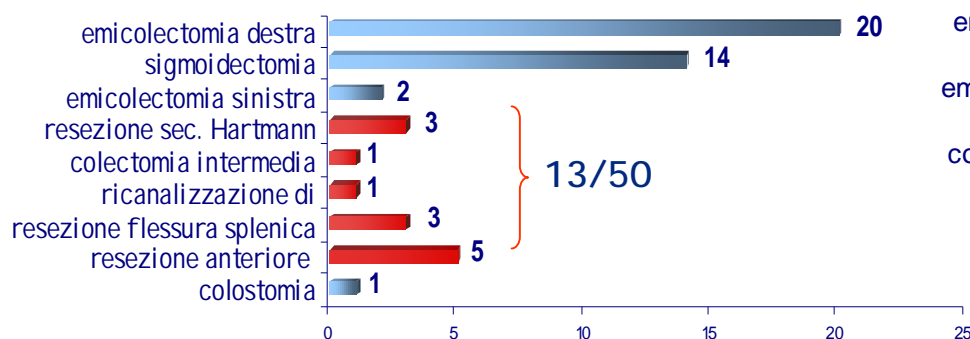


# Chirurgia colo-rettale in elezione

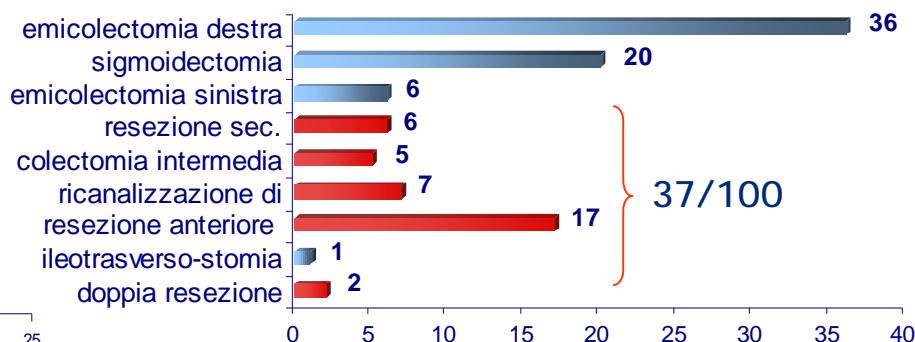
## Unità Operativa di Chirurgia Generale e Toracica.

### Curva d'apprendimento

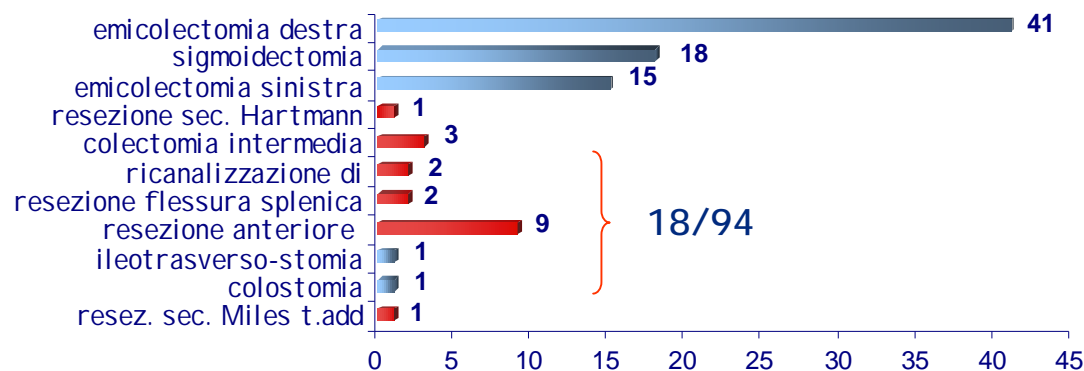
Da 51 a 100 casi



Da 101 a 200 casi



Oltre 201 casi



 Media complessità

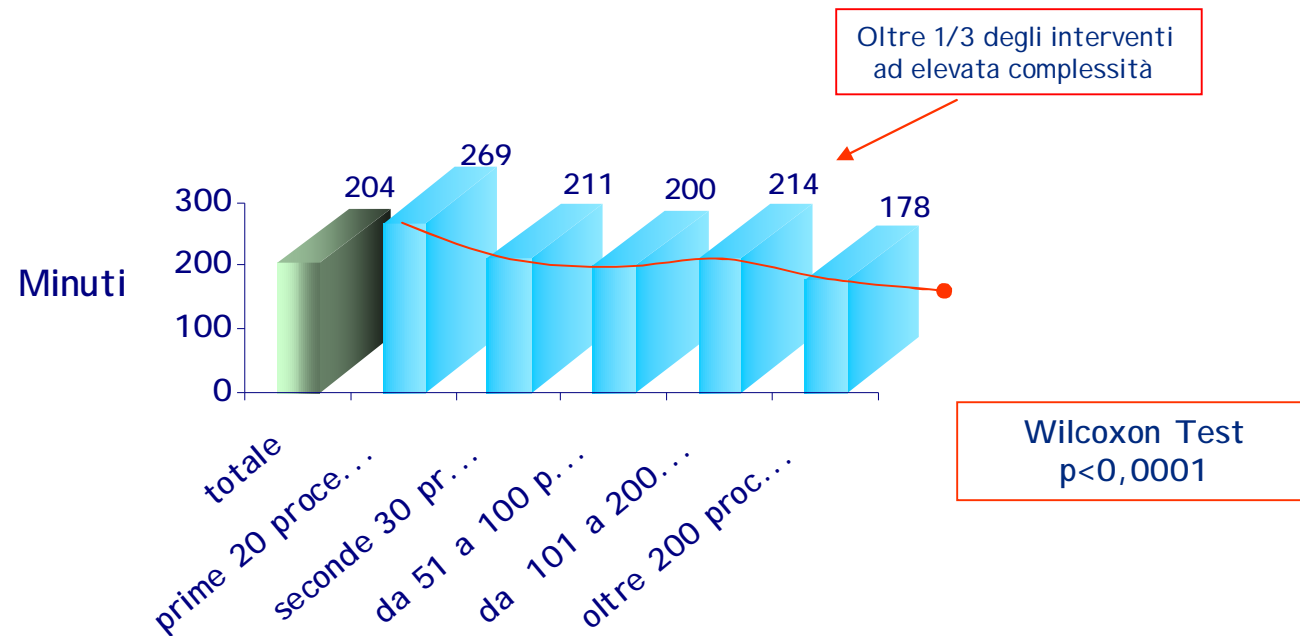
 Alta complessità



16 aprile 2011

# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Curva d'apprendimento: tempi operatori



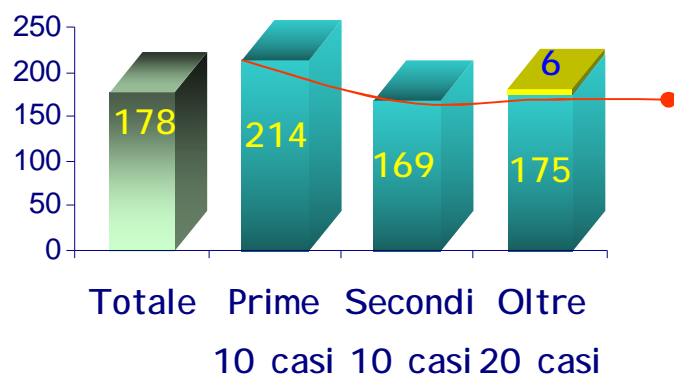
### Evidenze:

- ▶ Tempo operatorio medio 204min
- ▶ Importante influenza della learning curve sui tempi operatori
- ▶ Il progressivo accorciamento dei tempi operatori è rallentato dall'arruolamento anche di casi più complessi

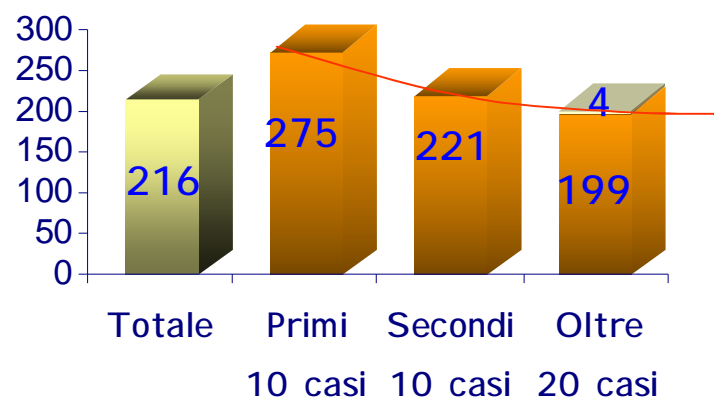
# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Curva d'apprendimento: tempi operatori

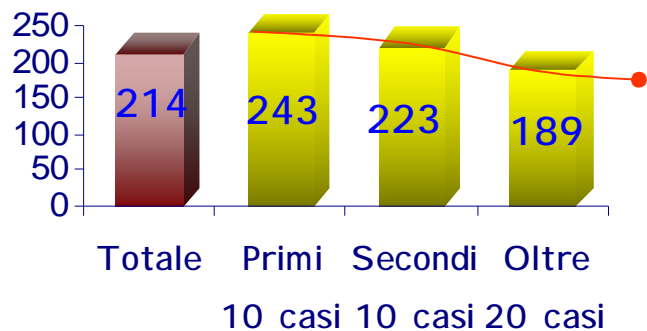
Emicolectomia dx (113 casi)



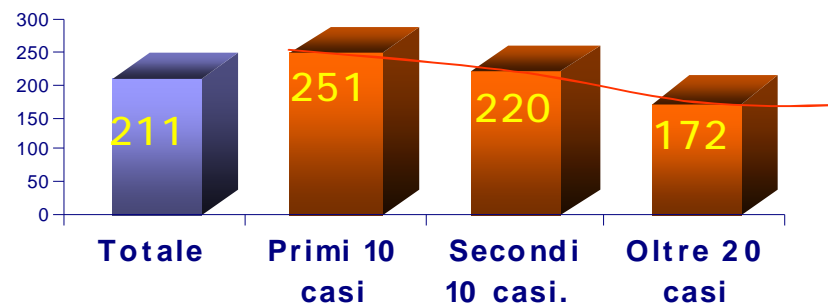
Sigmoidectomia (69 casi)



Resezione anteriore (35 casi)



Emicolectomia sn (32 casi)



### Evidenze:

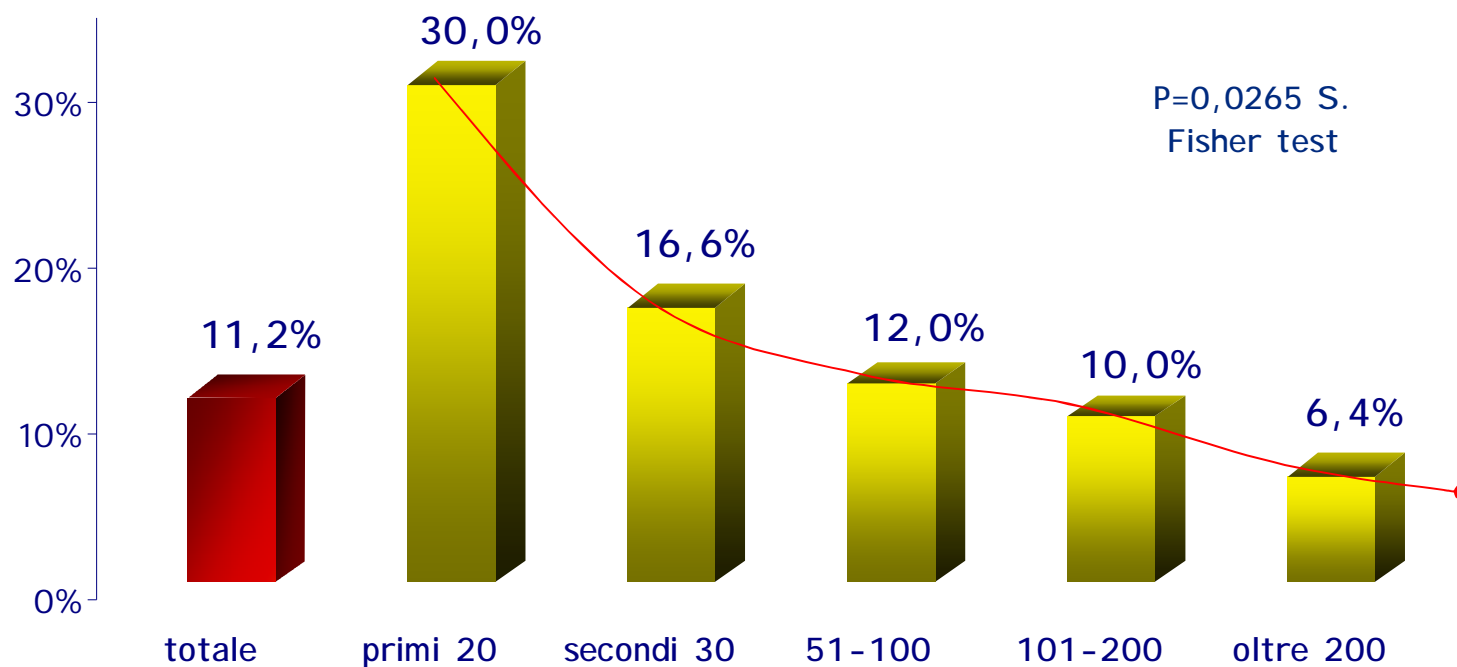
- Influenza della learning curve sui tempi operatori ( $p < 0,0001$ )
- Emicolectomia dx, procedura con learning curve più rapida (10 casi)
- Chirurgia del colon sinistro, procedure con learning curve più lunghe (20 casi)



16 aprile 2011

# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Curva d'apprendimento: conversioni



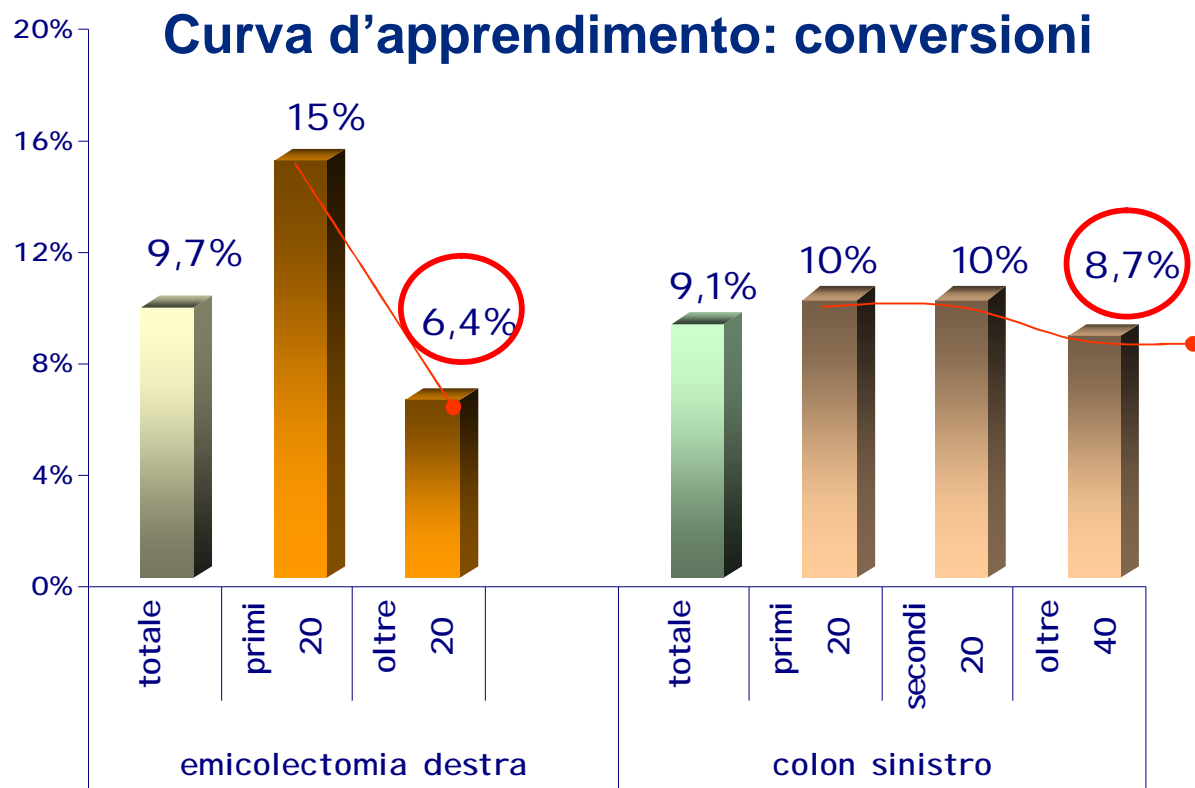
### Evidenze:

- Tasso di conversione medio 11,2%
- Decisa influenza della learning curve sul tasso di conversione
- Dopo le prime 20 procedure il tasso di conversione si dimezza per poi calare più lentamente in conseguenza all'arruolamento di casi sempre più complessi



16 aprile 2011

# Chirurgia colo-rettale in elezione

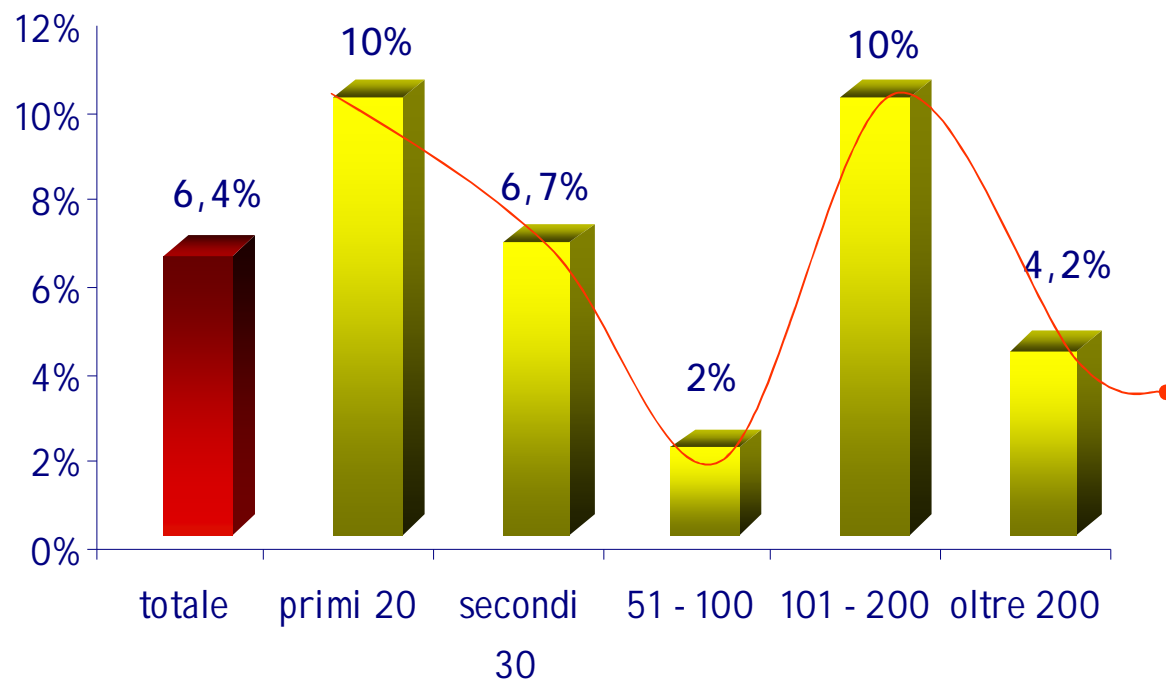


## Evidenze:

- Chirurgia del colon destro: tasso di conversione medio 9,7%, tasso di conversione dopo 20 procedure **6,4%**
- Chirurgia del colon sinistro: tasso di conversione medio 9,1%, tasso di conversione medio dopo 20 procedure 10% e dopo 40 procedure **8,7%**

# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Curva d'apprendimento: complicanze

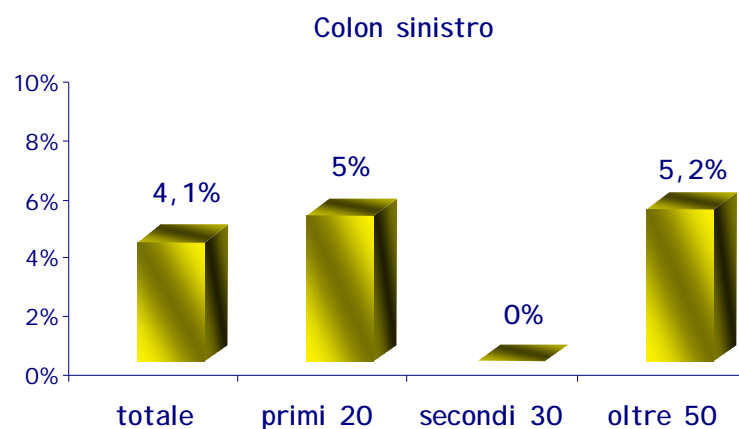
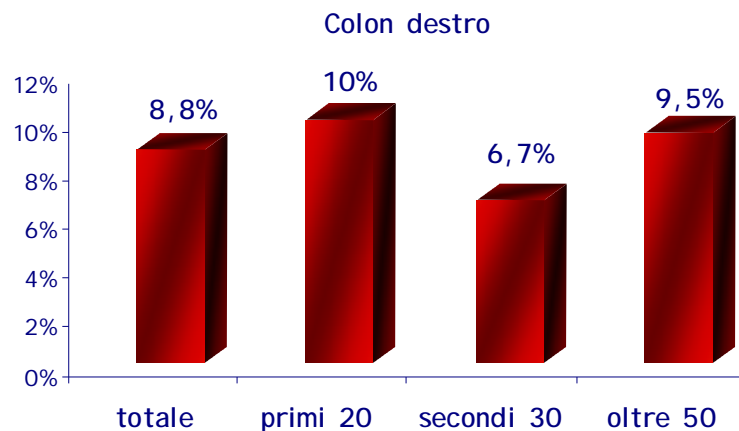


### Evidenze:

- Percentuale media di complicanze maggiori complessivo **6,4%**
- Dopo le prime 20 procedure la percentuale di complicanze maggiori si riduce di 1/3 e si riduce ulteriormente nelle seconde 50, per aumentare nuovamente nelle seconde 100 procedure probabilmente in relazione al maggior numero di procedure complesse

# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Curva d'apprendimento: complicanze



### Evidenze:

➡ Nella chirurgia del colon destro: la percentuale di complicanze maggiori è stata del 8,8%

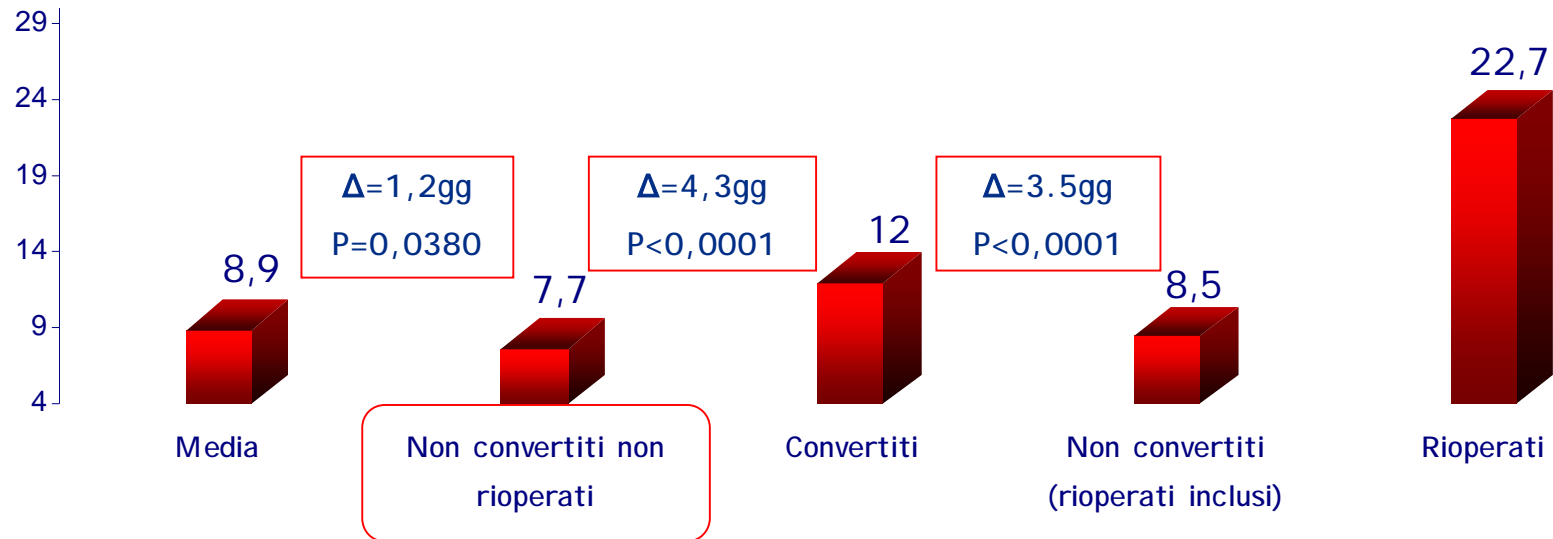
➡ Nella chirurgia del colon sinistro: la percentuale di complicanze maggiori è stata del 4,1%

➡ Percentuali di complicanze accettabili

➡ Non influenza della learning curve

# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Curva d'apprendimento: degenza

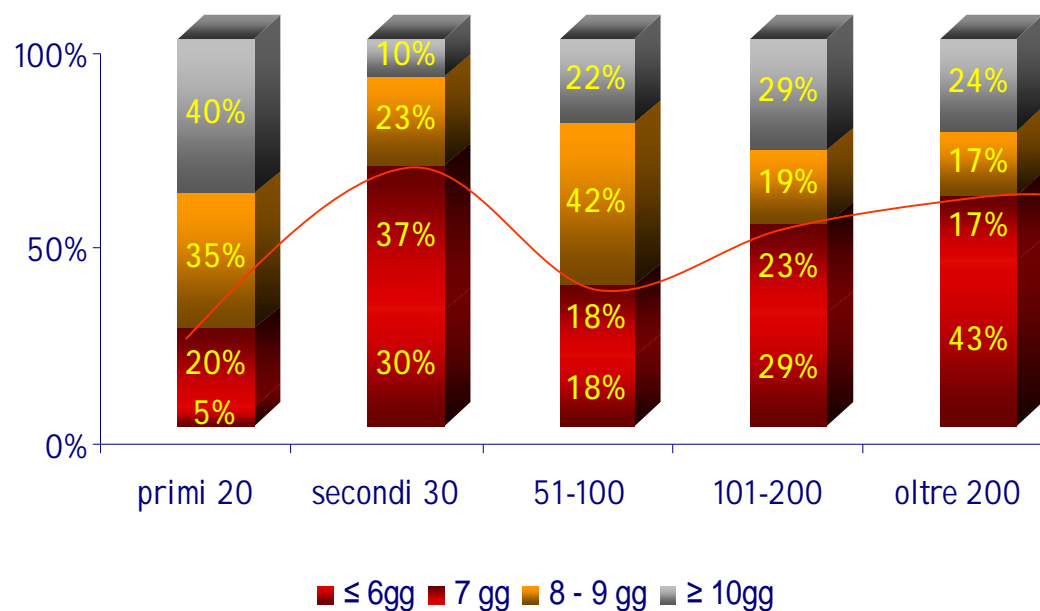


### Evidenze:

- La degenza media dei pazienti operati di colectomia per via laparoscopica è **8.9gg**
- La degenza media è significativamente influenzata dalla degenza di pazienti *convertiti*: convertiti 12gg, non convertiti-non rioperati 7,7gg

# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Curva d'apprendimento: degenza

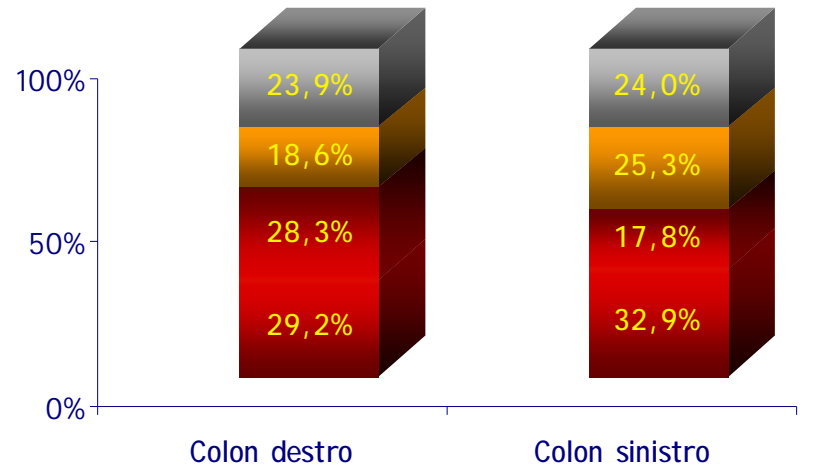


### Evidenze:

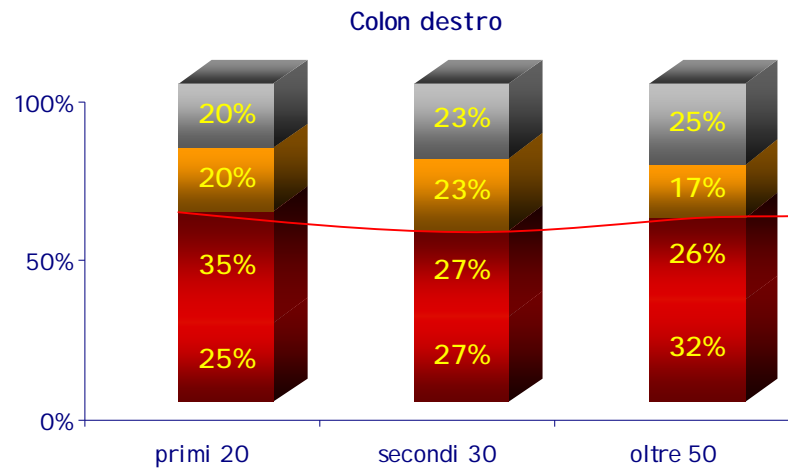
- ➡ L'andamento della media di degenza riflette la complessità degli interventi eseguiti ( $P=0,0133$  Kruskal Wallis test)
- ➡ Dopo adeguata formazione circa il 60% dei pazienti viene dimesso entro la 7° giornata p.o.

# Chirurgia colo-rettale in elezione

## Curva d'apprendimento: degenza

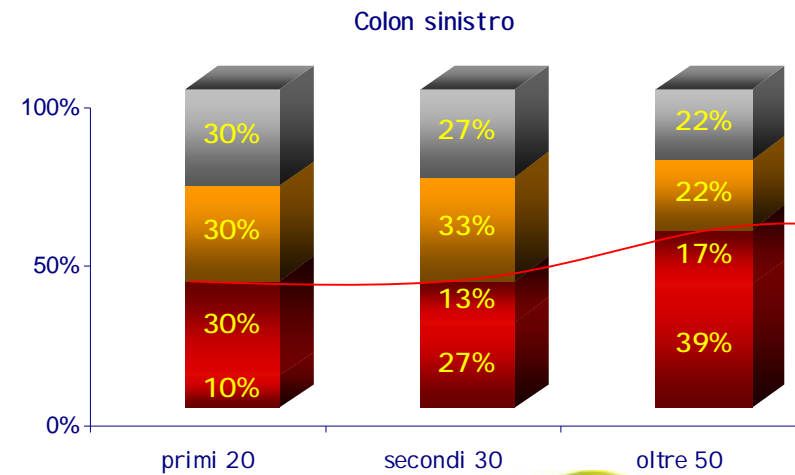


■ ≤ 6 gg   
 ■ 7 gg   
 ■ 8 - 9 gg   
 ■ ≥ 10 gg



Evidenze:

- ➡ Nella nostra esperienza il 57% delle emicolectomie destre e il 50% degli interventi sul colon sinistro è stato dimesso entro la 7° giornata p.o.
- ➡ Il 76% è stato dimesso entro la 9° giornata.

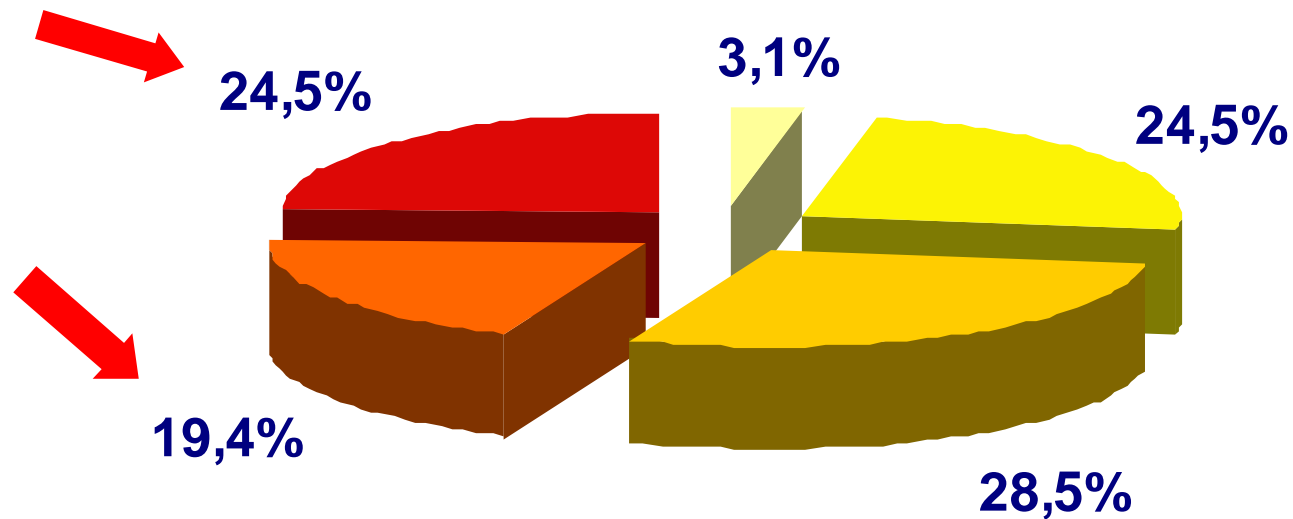


# Chirurgia colo-rettale in elezione

Unità Operativa di Chirurgia Generale e Toracica

Classi d'età

≤49 50-64 65-74 75-79 >80



**Il 43.9% ha oltre 75 anni**

# Benefici dell'approccio laparoscopico nella chirurgia colo-rettale dell'anziano

ü La chirurgia laparoscopica del colon retto è un approccio fattibile e sicuro nel paziente anziano?

ü Quale contributo è dato dalla laparoscopia all'outcome dei pazienti anziani operati per patologia colo-rettale?





## POPOLAZIONE RESIDENTE IN ITALIA MAGGIORE DI 75 ANNI

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
>75 anni	4774844	4963606	5108333	5265309	5431005	5601592	5.739.793
popolazione	56993742	57321070	57888245	58462375	58751711	59131287	59.619.290
%	8,38	8,66	8,82	9,00	9,24	9,47	9,63

Classi d'età	Maschi	Femmine
70-74	14,04	17,32
75-79	10,71	13,36
80-84	7,88	9,80
85-89	5,65	6,90
90-94	3,90	4,68
95-99	2,99	3,30

### Invecchiamento della popolazione

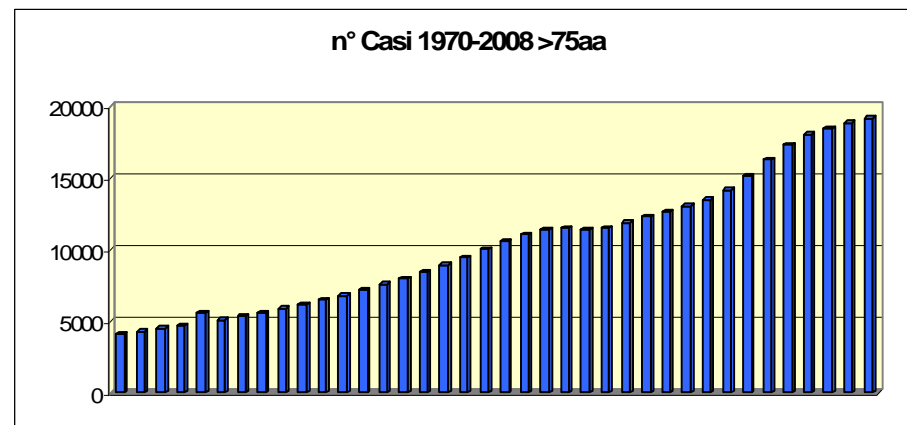
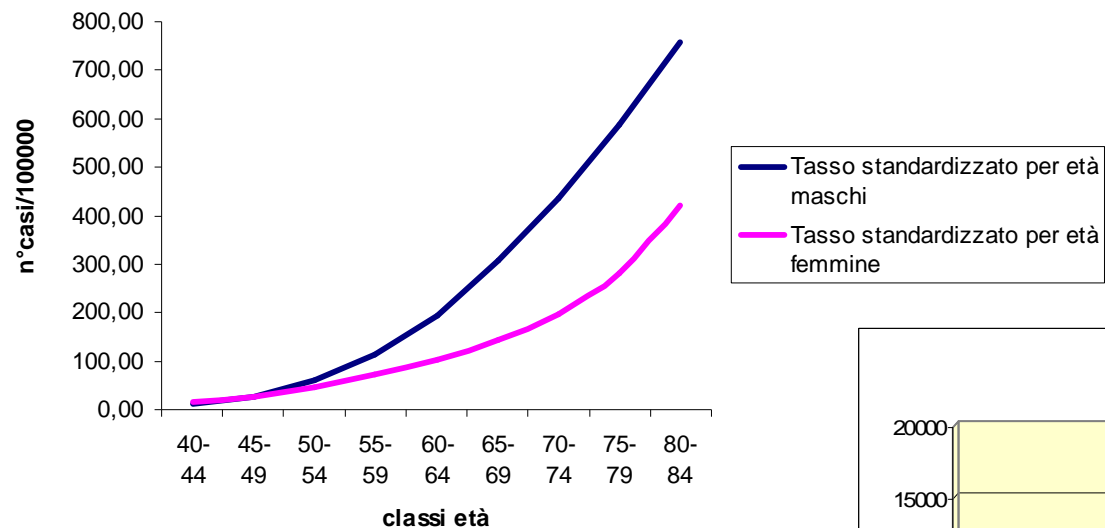
### Aumento della speranza di vita

Fonte: ISTAT



16 aprile 2011

# Incidenza del cancro colo-rettale in Italia



## Fonti:

- *Istituto Superiore di Sanità*
- *Associazione Italiana Registri Tumori*

# Pertanto...

- **Invecchiamento della popolazione e aumento della speranza di vita**
- **Aumento reale dell'incidenza del cancro coloretale nelle età avanzate**
- **Chirurgia primo e principale trattamento del cancro coloretale**



16 aprile 2011

# FRAGILITÀ DELL'ANZIANO

! **Declino fisiologico** con riduzione della riserva funzionale di organi e apparati

! **Comorbilità e multimorbilità**

➡ **Maggior rischio operatorio**

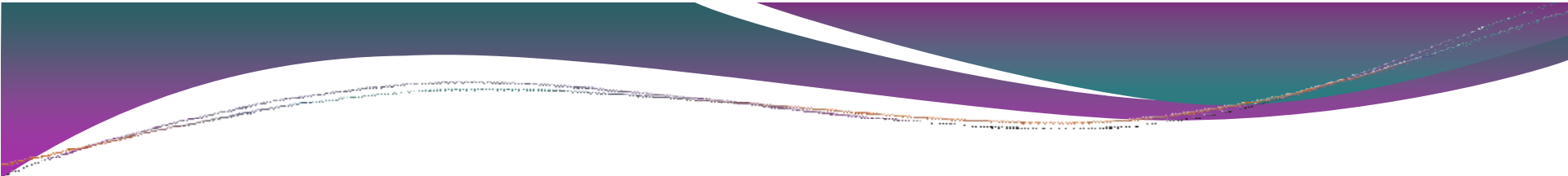
➡ **Maggiore suscettibilità allo sviluppo di complicanze**

➡ **Minore capacità di reazione alle eventuali complicazioni**

➡ **Maggior rischio mortalità**

CLASSI DI ETÀ	Persone con nessuna malattia cronica	Persone con almeno una malattia cronica grave	Persone con tre o più malattie croniche
0-14	86,70	1,20	0,40
15-24	78,80	1,90	1,00
25-34	73,50	2,20	2,50
35-44	64,80	4,30	5,20
45-54	52,60	9,20	11,10
55-64	36,10	21,00	22,60
65-69	24,20	32,00	34,20
70-74	18,90	37,90	41,00
75-79	14,00	45,90	45,20
80 e oltre	10,90	53,30	53,70
TOTALE	56,50	13,10	13,80

*Fonte: Istat, Servizio "Struttura e dinamica sociale", indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005" (Tassi per 100 persone)*

- 
- **La comorbidity-multimorbidity è una condizione tipica nell'anziano**
  - **La presenza di comorbidity è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di complicanze postoperatorie sia in elezione che in urgenza e si correla all'aumento della mortalità.**
  - **In pazienti anziani con comorbidity, operati di resezione colica per neoplasia, vi è maggior rischio di complicanze e di morte postoperatoria e maggiore complessità di gestione della malattia.**
  - **Vi è evidenza che è una sostanziale percentuale di mortalità di pazienti anziani con cancro colo-rettale è attribuibile alle comorbidity e che la multimorbidity influisce significativamente sulla sopravvivenza.**

# Obiettivo dello Studio

Valutare il contributo dato dalla  
laparoscopia al miglioramento  
dell'outcome dei pazienti anziani  
(**>75 anni**)

sottoposti a chirurgia  
del cancro colorettales



16 aprile 2011

## Materiali e metodi

- **STUDIO RETROSPETTIVO**
- **RECLUTAMENTO DI TUTTI I PAZIENTI > 75 ANNI**
- **INTERVENTO DI RESEZIONE DELL'INTESTINO CRASSO PER CANCRO**
- **PERIODO DI STUDIO 2006-2010**

# Materiali e metodi

## **∅ CRITERI DI INCLUSIONE**

- **DIAGNOSI CERTA**
- **INTERVENTO IN ELEZIONE**
- **LAPAROTOMIA E LAPAROSCOPIA**

## **∅ CRITERI DI ESCLUSIONE**

- **INTERVENTO IN URGENZA**
- **Q.C. COMPLICATO**
- **PATOLOGIA BENIGNA**
- **STADIO 4 TNM**

# Materiali e metodi

## Ø DATI RACCOLTI RELATIVI AL PAZIENTE

- Età
- Sesso
- BMI
- Classe ASA
- Anamnesi medica e chirurgica
- Anamnesi chirurgica addominale

# Materiali e metodi

## Ø DATI RELATIVI ALL'INTERVENTO

- SEDE DEL TUMORE
- LISI ADERENZIALE
- TIPO D'INTERVENTO
- TIPO DI ANASTOMOSI
- CONFEZIONAMENTO DI STOMIA (Colo-Ileo-)
- TEMPO OPERATORIO
- NUMERO DI LINFONODI ASPORTATI
- PERCENTUALE E CAUSA DI CONVERSIONE

# Materiali e metodi

## Ø ANALISI DELLA COMORBIDITÀ

- **ANAMNESI**

Classificazione e raggruppamento delle patologie in base a disfunzione d'organo o apparato

- **CLASSIFICAZIONE ASA**

- **CHARLSON COMORBIDITY INDEX**



16 aprile 2011

# Materiali e metodi

## Ø PARAMETRI RIPRESA POST-OPERATORIA

- RIMOZIONE DEL SONDINO NASO-GASTRICO
- CANALIZZAZIONE AI GAS
- CANALIZZAZIONE ALLE FECI
- RIPRISTINO DELL'ALIMENTAZIONE CON DIETA LIQUIDA
- RIPRISTINO DELL'ALIMENTAZIONE DIETA SOLIDA

# Materiali e metodi

## ∅ TERAPIA INTENSIVA

- NUMERO DI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA
- NUMERO MEDIO DI GIORNI DI DEGENZA IN TERAPIA INTENSIVA

# Materiali e metodi

## Ø DURATA DEL RICOVERO

## Ø TIPO DI DIMISSIONE

- DOMICILIO
- TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO REPARTO
- TRASFERIMENTO PRESSO STRUTTURE (LPA E RSA)

# Materiali e metodi

## ∅ POST-OPERATORIO

- COMPLICANZE MINORI
- COMPLICANZE MAGGIORI
- RE-INTERVENTI

# Materiali e metodi

**Ø Rericoveri**

(a 3, 6, 9 e 12 mesi)

**Ø Mortalità postoperatoria**

(entro 30gg dall'intervento)

**Ø Mortalità**

(a 3, 6, 9 e 12 mesi)

# Materiali e metodi

- **Analisi statistica** della differenza delle variabili tra i due gruppi
- **Analisi di correlazione** tra le variabili e l'outcome.
- Test utilizzati a seconda delle variabili studiate:
  - test del chi-quadro
  - test esatto di Fisher
  - test di Mann Whitney
- Valore di  **$p < 0,05$**  statisticamente significativo

# Risultati

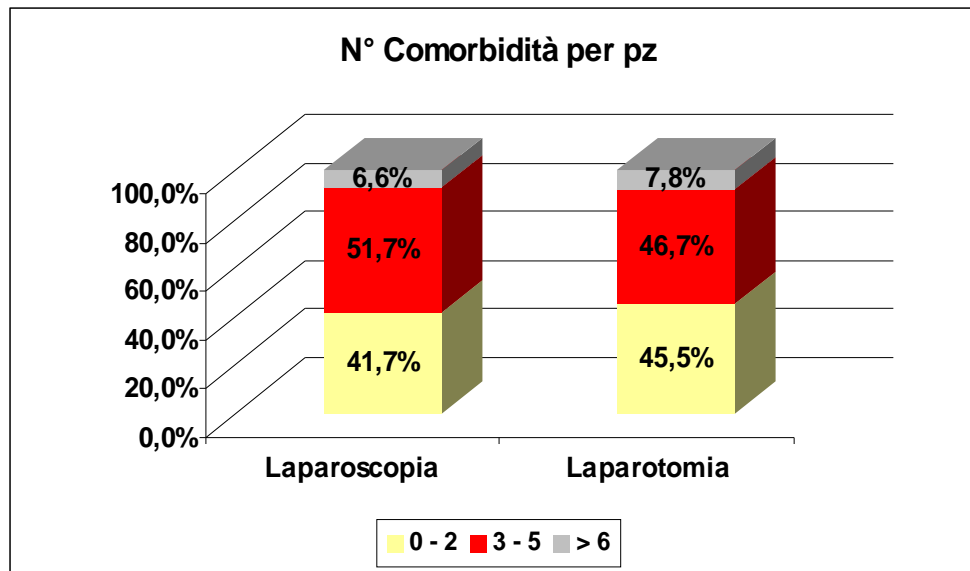
**N° PAZIENTI: 145**

- **colectomia laparotomica**  
**80 pazienti**
- **colectomia laparoscopica**  
**60 pazienti**
- **conversione: 5 pazienti**

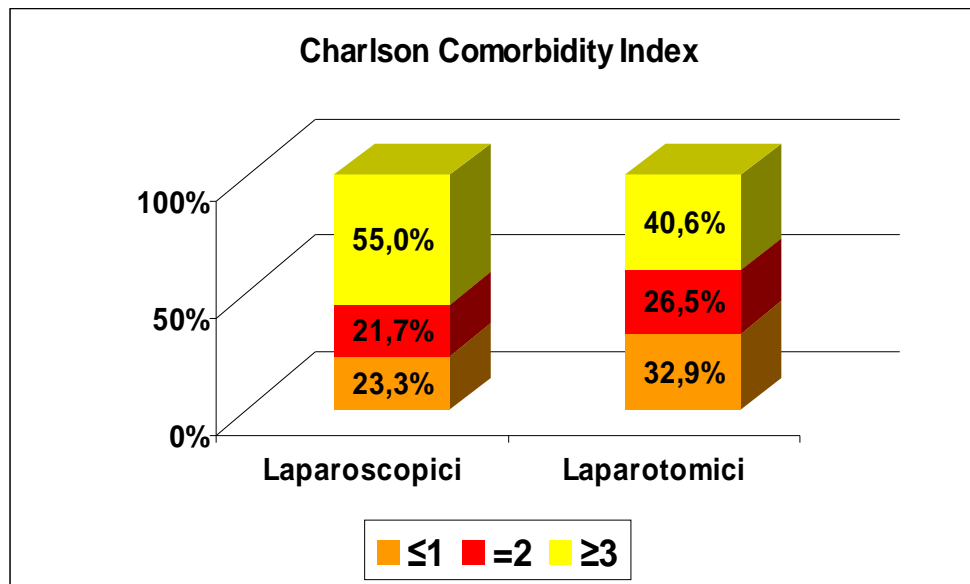
# GRUPPI OMOGENEI

		Laparotomia	Laparoscopia	p	Conversione
Totale pazienti		80	60		5 (8,3%)
Età (anni)	Media	81,2	81,1	p=0,4665	79
	Moda	82	79		79
	Min-Max	75 - 96	75 -96		75 - 86
Sesso	Maschi	41	36	p=0,0760	4
	Femmine	39	24		1
	Ratio M/F	1,05	1,5		4
BMI	Maschi	25,2	25,7	p=0,8336	26,3
	S.D.	4,2	3,9		2,7
	Min - Max	15 - 34	17 - 35		25 - 29
ASA	ASA 2	28,6%	28,6	p=0,2527	4 (80%)
	ASA 3	67,1%	71,4%		1 (20%)
	ASA 4	4,3%	0%		0

# ELEVATA COMORBIDITÀ



**IN MEDIA 3 COMORBIDITA'  
PER PAZIENTE  
OLTRE IL 50% DEI PAZIENTI  
HA 3 O PIU' COMORBIDITA'**

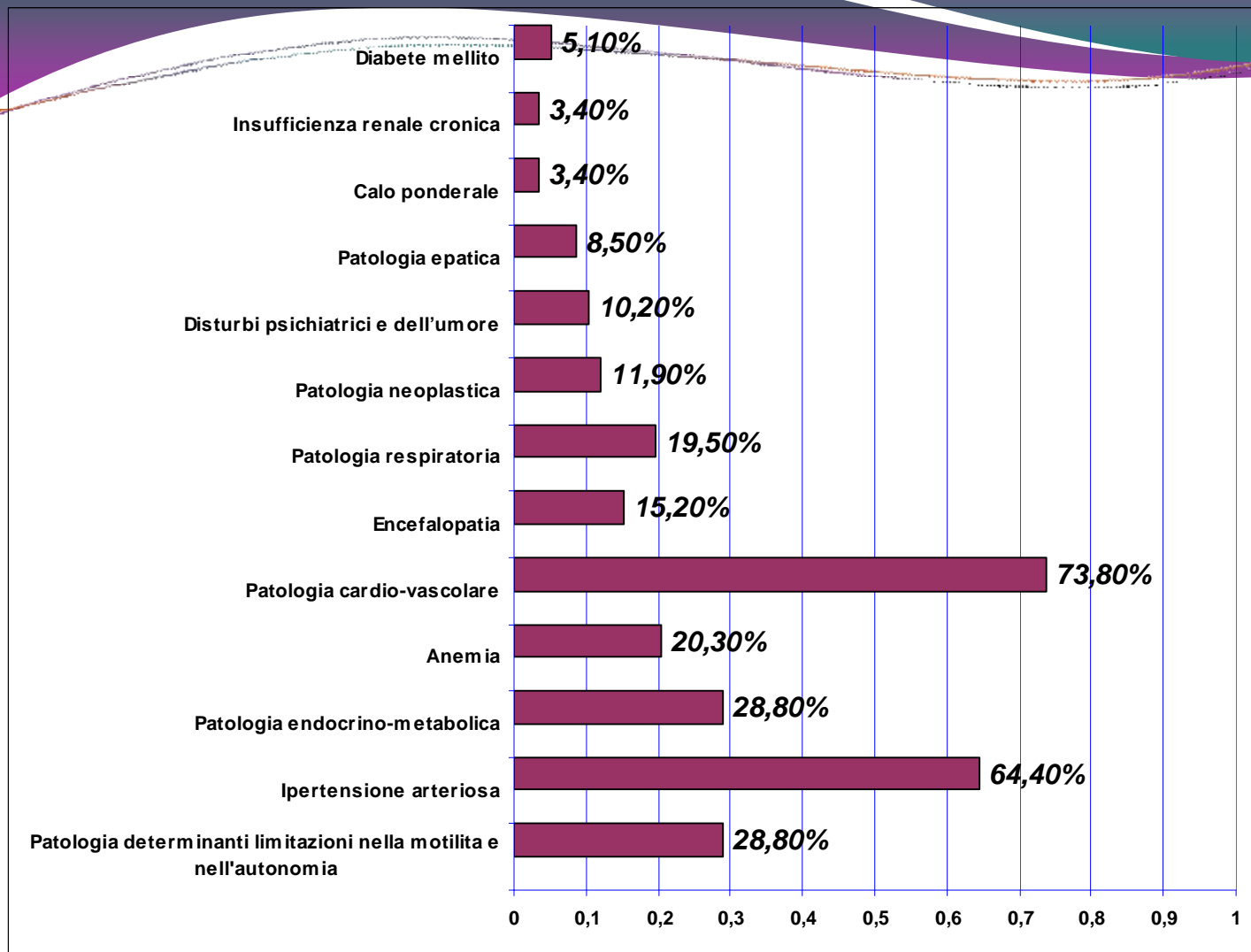


**LA MAGGIOR PARTE DEI  
PAZIENTI PER CIASCUN  
GRUPPO PRESENTA UNO  
SCORE ≥ 3**



**IN MEDIA 3 COMORBIDITA' PER  
PAZIENTE IN ENTRAMBI I GRUPPI**

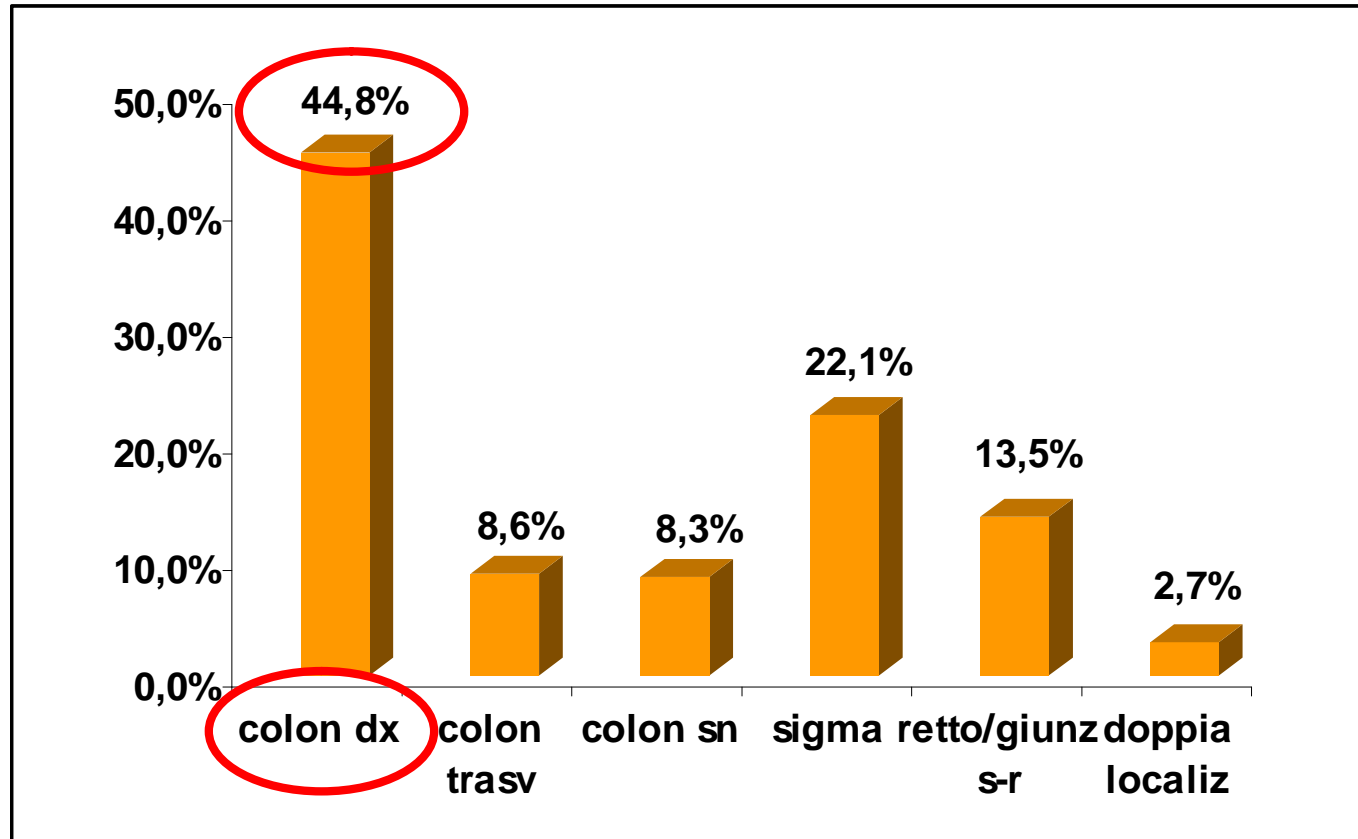
**ELEVATO PESO DELLA  
COMORBIDITA'**



# SEDE DELL'ADENOCARCINOMA

LOCALIZZAZIONE	LAPAROTOMIA	LAPAROSCOPIA
RETTO	12,5%	5,0%
SIGMA	17,5%	28,3%
ASCENDENTE	21,2%	13,3%
FLESSURA EPATICA	5,0%	10,0%
TRASVERSO	10,0%	10,0%
CIECO	18,7%	20,0%
ILEO-CECALE	1,2%	3,3%
DISCENDENTE	3,7%	3,3%
FLESSURA SPLENICA	2,5%	3,3%
SIGMA-RETTO	6,2%	3,3%
DOPPIA LOC.	3,7%	0,0%

# SEDE DELL'ADENOCARCINOMA



**LOCALIZZAZIONE PIU' FREQUENTE:  
COLON DESTRO (44,8% )**

# INTERVENTO

		Laparotomia	Laparoscopia	Convertiti
<b>∅Tempo operatorio (minuti)</b>	<b>Media</b>	<b>210*</b>	<b>204*</b>	277
<b>∅Tipo intervento</b>	Resezione anteriore	18.7% (15)	10% (6)	0
	Resez. sec. Hartmann	5% (4)	1.6% (1)	0
	Sigmoidectomia	16.2% (13)	21,6% (13)	0
	Emicolectomia dx	<b>46.2% (37)</b>	<b>48.3% (29)</b>	40% (2)
	Emicolectomia sn	6.2% (5)	1.6% (1)	40% (2)
	Resezione trasverso	8.7% (7)	8.3% (5)	20% (1)
	Resezione flessura sn	0	5% (3)	0
	Emi. dx + sigmoid.	3.7% (3)	1.6% (1)	0
<b>Ileostomia di protezione</b>		2	1	0
<b>∅Lisi adereziali</b>		38/84 (47,5%)	35/60 (58%)	2/5 (40%)

**\*N.S. (p=0.9178)**

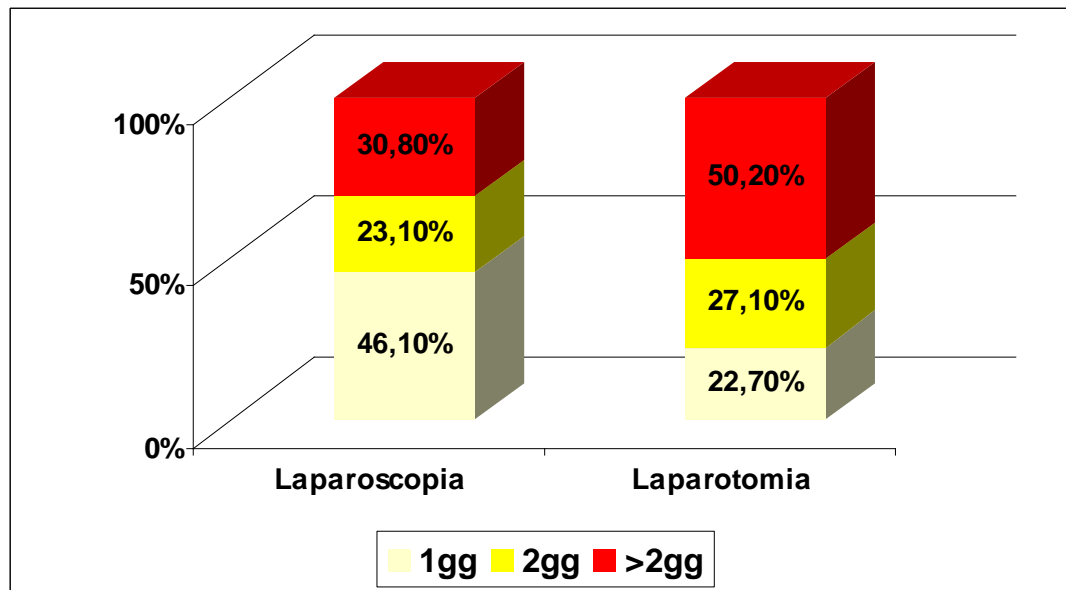
# TEMPI OPERATORI

	Laparotomia	Laparoscopia
Resezione anteriore	228 min	215 min
Sigmoidectomia	195 min	210 min
Emicolectomia dx	198,5 min	186,5 min
Resezione trasverso	243,3 min	230 min
P>0,5		

**NON SIGNIFICATIVE DIFFERENZE NELLA  
DURATA MEDIA DEGLI INTERVENTI**

# TERAPIA INTENSIVA

	Laparotomia	Laparoscopia	Conversione
% pz.	<b>27,5% (22)</b>	<b>21,6% (13)</b>	1 (20%)
<b>Durata degenza (giorni)</b>			
Media	4,1	3,0	4
Moda	2	1	
Dev. St	6	3,6	
Min-Max	1 - 29	1 - 12	





# TERAPIA INTENSIVA

## GRUPPO LAPAROSCOPIA:

- MINORE NECESSITÀ DI TERAPIA INTENSIVA
- MINORE DURATA DEL RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA

# PARAMETRI POST-OPERATORI

		Laparotomia	Laparoscopia	Significatività	Conversione
<b>Canalizzazione ai gas (giorni)</b>	Media	<b>4,4</b>	<b>3,5</b>	p<0,001	8,2
	Dev. St.	1,2	1,3		4,2
	Min - Max	2 - 8	1 - 7		3 - 13
<b>Canalizzazione alle feci (giorni)</b>	Media	<b>6,1</b>	<b>5,2</b>	p=0,0287	10
	Dev. St.	1,9	2,5		4,7
	Min - Max	1 - 13	1 - 17		4 - 15
<b>Rimozione SNG (giorni)</b>	Media	4,6	1,8	p<0,001	9,6
	Dev. St.	2,1	1,1		6,5
	Min - Max	1- 12	0 - 5		3 -18
<b>Dieta liquida (giorni)</b>	Media	<b>6,5</b>	<b>4</b>	p<0,001	12
	Dev. St.	3,0	1,9		7,5
	Min - Max	3 - 23	1 -10		4 - 23
<b>Dieta solida (giorni)</b>	Media	<b>8,9</b>	<b>5,2</b>	p<0,001	13,8
	Dev. St.	5,3	1,8		7,7
	Min - Max	4 - 37	2 - 11		6 - 25



# PARAMETRI POST-OPERATORI

## GRUPPO LAPAROSCOPIA:

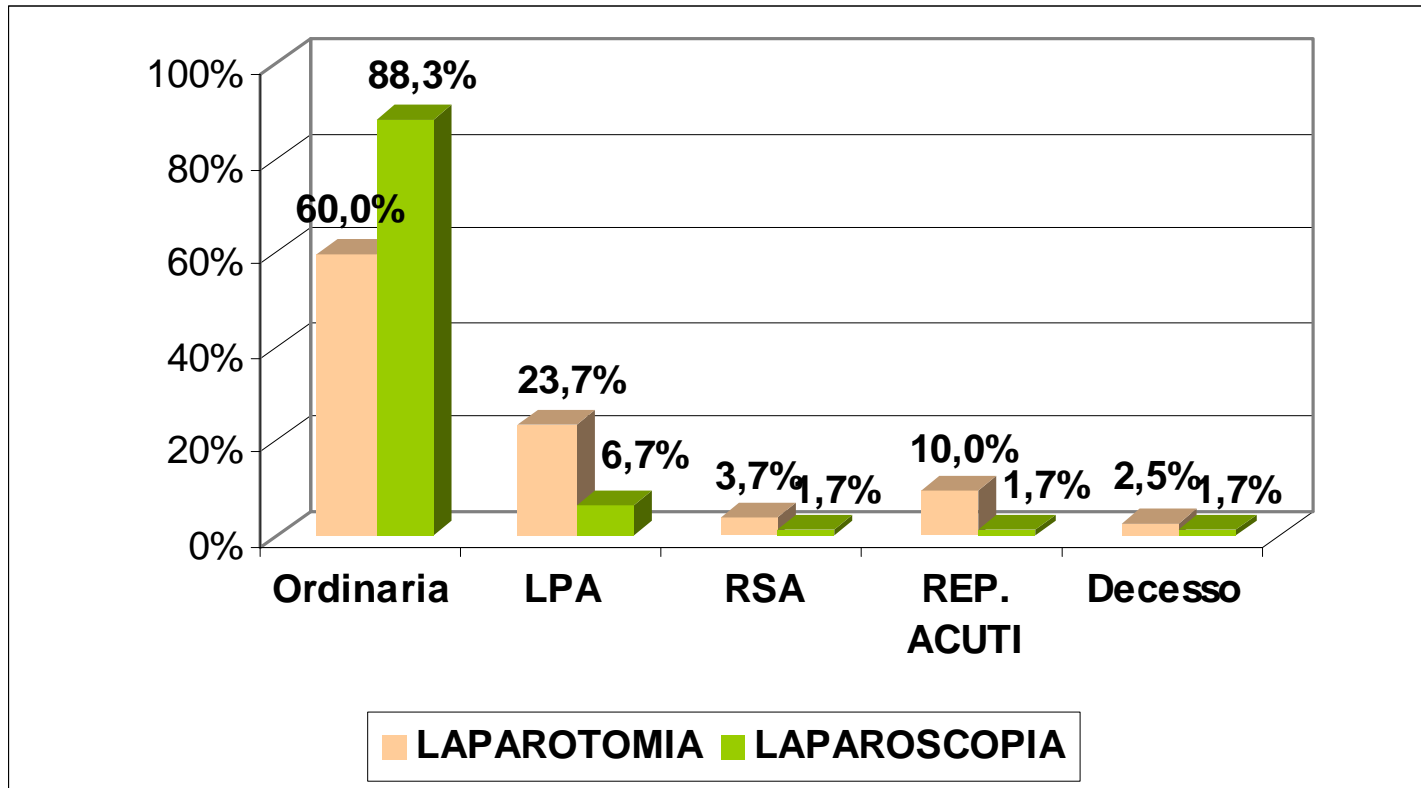
- **PIU' RAPIDA RIPRESA DELLA FUNZIONALITA' INTESTINALE**
- **PIU' RAPIDA RIPRESA DELL'ALIMENTAZIONE**

# DIMISSIONE

		LAPAROTOMIA	LAPAROSCOPIA		CONVERSIONE
Dimissione (giorni)	Media	13,3	9	p<0,001	16,4
	Dev. St.	7,2	3,8		9,5
	Min - Max	6 - 43	5 - 25		7 - 30

**GRUPPO LAPAROSCOPIA:  
Ø DEGENZA PIU' BREVE**

# DIMISSIONE



## GRUPPO LAPAROSCOPIA:

**Ø MAGGIOR PROBABILITA' DI  
DIMISSIONE A DOMICILIO**

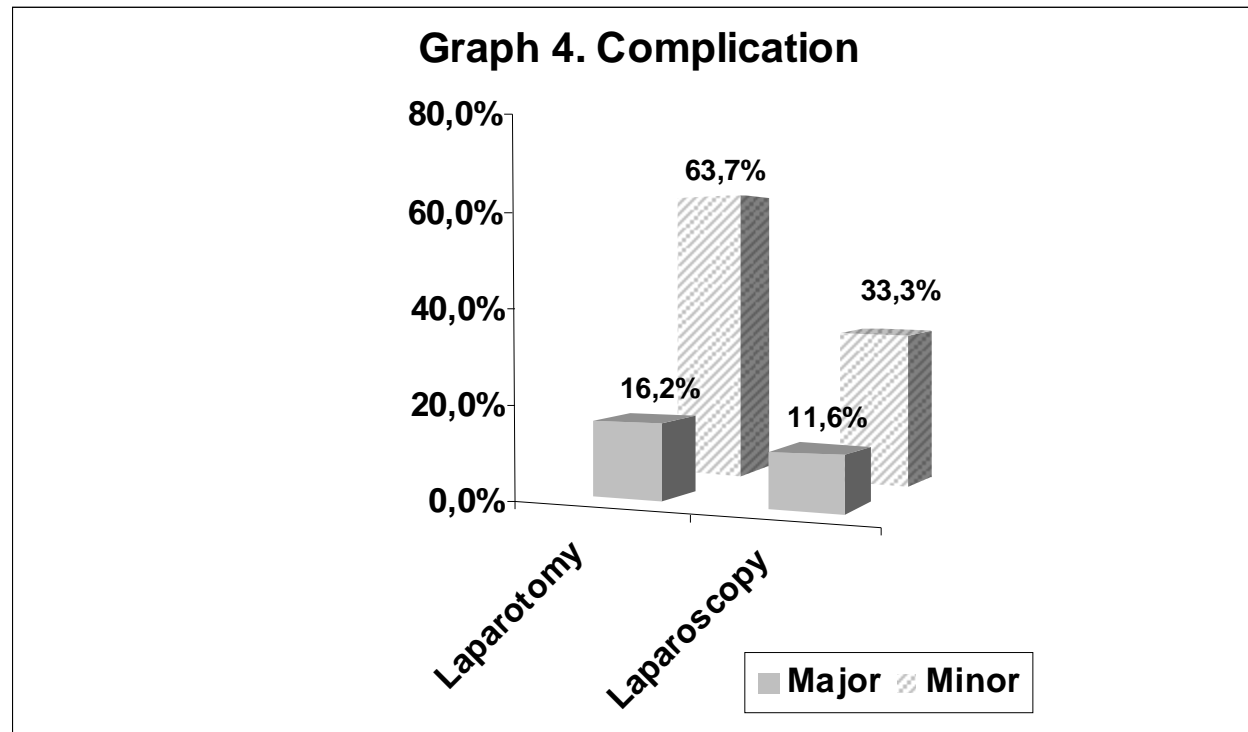
# COMPLICANZE MINORI

COMPLICANZE MINORI	LAPAROTOMIA (TOT 61,2%)	LAPAROSCOPIA (TOT 39%)	CONVERSIONE (TOT 80%)
Vomito	10(12,5%)	7 (11%)	1 (20%)
Anemizzazione	19 (23,7%)	11 (18,3%)	2 (40%)
Delirium	8(10,0%)	1 (1,6%)	1 (20%)
Febbre	9 (11,2%)	2 (3,3%)	2 (40%)
Fibrillazione atriale	5 (6,2%)	1 /1,6%)	0
Ematuria	1 (1,2%)	1 (1,6%)	0
Rettorragia	4 (5%)	1 (1,6%)	0
Dolore	5 (6,2%)	0	1 (20%)
Dispnea	4 (5%)	1 (1,6%)	1 (20%)
Vertigini	1 (1,2%)	1 (1,6%)	0
Broncopolmonite	3 (3,7%)	0	0
Deiscenza ferita	4 (5%)	1 (1,6%)	0
Diarrea	2 (2,5%)	0	0
Ipertensione	1 (1,2%)	0	0

# COMPLICANZE MAGGIORI

COMPLICANZE MAGGIORI	LAPAROTOMIA (TOT 16,2%)	LAPAROSCOPIA (TOT 11,6%)	CONVERSIONE (TOT 60%)
Insufficienza respiratoria	7 (8,7%)	1 (1,6%)	0
Insufficienza renale acuta	5 (6,2%)	1 (1,6%)	0
Deiscenza anastomotica	2 (2,5%)	1 (1,6%)	2 (40%)
Broncopolmon ite micotica	2 (2,5%)	0	0
Shock settico	3 (3,7%)	1 (1,6%)	0
Deiscenza laparotomia	2 (2,5%)	0	0
Occlusione	0	2 (3,3%)	0
Edema polmonare	0	1 (1,6%)	1 (20%)

# COMPLICANZE



**GRUPPO LAPAROSCOPIA:  
MINORE PERCENTUALE DI  
COMPLICANZE MAGGIORI E MINORI**

# REINTERVENTI

REINTERVENTO	LAPAROTOMIA TOT 2	LAPAROSCOPIA TOT 3	CONVERSIONE TOT 2
Deiscenza anastomotica	1	1	2
Deiscenza laparotomia	1	0	0
Occlusione	0	2	0

# MORBILITA' POST-OPERATORIA

RICOVERI	1 mese	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi
LAPAROTOMIA	7,5% (6/80)	13,9% (11/79)	20,2 % (16/79)	25,7% (19/74)	31,9% (22/69)
LAPAROSCOPIA	8,3% (5/60)	17,2% (50/58)	24,1% (13/54)	27,1% (20/48)	31,1% (20/48)
CONVERSIONE	40% (2/5)	40% (2/5)	50% (2/4)	50% (2/4)	50% (2/4)
TOTALE	8,7% (11/114)	16,2% (16/108)	22,6% (24/101)	32,5% (33/88)	33,4% (32/68)

**NON SIGNIFICATIVE DIFFERENZE NELLA  
MORBILITA'  
A BREVE-MEDIO TERMINE TRE I DUE GRUPPI**

# MORTALITA' POST-OPERATORIA

MORTALITA'	1 mese	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi
LAPAROTOMIA	3,7%(3/80)	3,8% (3/79)	5,1% (4/79)	6,7% (5/74)	7,1% (5/71)
LAPAROSCOPIA	1,6%(1/60)	3,4% (2/58)	5,5% (3/54)	8,2% (4/49)	8,5% (4/47)
CONVERSIONE	0 (0/5)	0 (0/5)	20% (1/5)	20% (1/5)	20% (1/5)
TOTALE	2,7% (4/118)	3,5% (5/113)	5,8% (7/106)	7,8% (8/94)	8,1% (8/74)

**GRUPPO LAPAROSCOPICO:  
MINOR PERCENTUALE DI MORTALITA' POST  
OPERATORIA PRECOCE**

# CONCLUSIONI

- Gruppi omogenei
- Elevato peso della comorbidità

## LAPAROSCOPIA VS. LAPAROTOMIA

- ∅ Non significative differenze nella durata media degli interventi
- ∅ Minore necessità di T.I.
- ∅ Più rapida ripresa della funzionalità intestinale e più rapida ripresa dell'alimentazione
- ∅ Minore durata della degenza
- ∅ Maggiore probabilità di dimissione a casa
- ∅ Minori complicanze
- ∅ Minore mortalità postoperatoria

# CONCLUSIONI

- ü La laparoscopia è un approccio **sicuro** nel trattamento chirurgico nel paziente anziano.
- ü Il **contributo** dato dalla laparoscopia alla chirurgia del colon-retto nell'anziano appare **positivo**
- ü L'accorciamento della durata di degenza, la riduzione del numero di complicanze e della percentuale di mortalità post-operatoria testimoniano il contributo positivo apportato alla chirurgia del colon



# CONCLUSIONI

- ✓ Un **minor trauma** chirurgico può **ridurre la morbilità postoperatoria dei pazienti anziani** e consente un recupero più veloce, con dei benefici che appaiono ancora maggiori rispetto ai pazienti più giovani
- ✓ Dai risultati di tanti studi emerge che, al giorno d'oggi, una chirurgia meno traumatica contribuisce al **miglioramento dell'outcome** e della sopravvivenza dei pazienti anziani.



**12 - 14 maggio 2011**  
**Università di Ferrara**  
 Via Savonarola 9 FE 44121 ITALIA

U.O. di Chirurgia Generale [Dir. Prof. **Enzo Durante**] Programma di Chirurgia Toracica [Resp. Prof. **Giorgio Cavallesco**]

# CHIRURGIA MINI-INVASIVA

Le grandi complicanze delle piccole incisioni:  
 prevenirle, riconoscerle, trattarle.

#### Presidente Onorario del Congresso

Prof. G. Azzena

#### Presidenti del Congresso

Prof. E. Durante Prof. G. Cavallesco

#### Responsabili Scientifici

Dott. M. Baccharini Dott. G. Anania Dott. M. Santini

#### GIOVEDÌ 12 MAGGIO

11.00 INAUGURAZIONE  
 14.00-15.00 APPENDICE CIECALE  
 15.10-16.10 PATOLOGIA MALIGNA DELLO STOMACO  
 16.20-17.20 COLECISTI E VIE BILIARI

#### VENERDÌ 13 MAGGIO

08.00 INIZIO LAVORI  
 08.30-09.10 PATOLOGIA MALIGNA DELL'ESOFAGO  
 09.15-09.50 PATOLOGIA DEL GIUNTO GASTROESOFAGEO  
 10.00-10.40 CHIRURGIA ROBOTICA DEL TIMO  
 10.45-11.25 RESEZIONI POLMONARI MAGGIORI  
 11.30-12.10 RESEZIONI POLMONARI MINORI  
 12.15-13.00 PNEUMOTORACE  
 14.00-15.00 PARETE ADDOMINALE  
 15.10-16.10 COLON DESTRO  
 16.20-17.20 COLON SINISTRO  
 17.30-18.30 RETTO

#### SABATO 14 MAGGIO

08.30 TAVOLA ROTONDA Depenalizzazione della colpa medica.  
 Quale miglior consulente nel contenzioso medico?

#### GIOVEDÌ 12 MAGGIO

14.00-18.30 Sessione Infermieristica  
 GESTIONE DEL RISCHIO E RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA

#### Segreteria organizzativa

**mcr** T 0532 242418 info@mcrferrara.org

#### Iscrizioni online

www.giornatensichirurgia.org

#### Relatori

F. Agresta (Vittorio Veneto) G. Anania (Ferrara) F. Anselmo (Ferrara)  
 S. Artuso (Imola) P. Aurea (Bologna) F.M. Avato (Ferrara)  
 G. Azzena (Ferrara) M. Baccharini (Ferrara) F. Balboni (Ferrara)  
 G. Baldazzi (Abano Terme) A. Bianchi (Poggibonsi) S. Bini (Bologna)  
 M. Boaron (Bologna) S. Bonilauri (Reggio Emilia) P. Buccianti (Pisa)  
 L. Casciola (Spoleto) F. Catena (Bologna) C. Cavallesco (Ferrara)  
 B. Cavallo (Ferrara) F. Cianchi (Firenze) M. Ciaccia (Ferrara)  
 E. Cian (Feltre) A. Coratti (Grosseto) F. Corcione (Napoli) R. Crisci (L'Aquila)  
 G. Cutini (Jesi) A. D'annibale (Roma) M. Dal Canto (Castelnuovo Garfagnana)  
 D. Dell'Amore (Forlì) O. Della Valle (Ferrara) G. De Toma (Roma)  
 C. De Werra (Napoli) A. Donini (Perugia) E. Durante (Ferrara)  
 F. Fidanza (Portogruaro) G. Finetti (Ferrara) V. Fiorindo (Ferrara)  
 V. Fiscon (Cittadella) G. Francioni (Rimini) D. Garcea (Forlì)  
 G. Garulli (Riccione) R.M. Gaudio (Ferrara) M. Giuliani (Ferrara)  
 P. Granone (Roma) E. Jovine (Bologna) A. Lococo (Pescara)  
 F. Marchesi (Parma) S. Margaritora (Roma) N. Marrano (Bologna)  
 S. Mattioli (Lugo) M. Mazzini (Ferrara) F. Melfi (Pisa)  
 G. Melotti (Modena) U. Morandi (Modena) G. Munegato (Conegliano Veneto)  
 G. Muriana (Mantova) A. Mussi (Pisa) S. Neri (Sassuolo)  
 V. Pagan (Mestre) R. Petri (Udine) M. Piccoli (Modena)  
 M. Rambaldi (Ferrara) F. Rea (Padova) E. Rendina (Roma)  
 G. Rinaldi (Ferrara) L. Roncoroni (Parma) A. Rosetti (Forlì)  
 M. Rusca (Parma) S. Saita (Catania) L. Sanchez (Firenze)  
 M. Santini (Ferrara) C.A. Sartori (Castelfranco Veneto) F. Sartori (Padova)  
 M. Scatizzi (Prato) G. Sgarbi (Reggio Emilia) L. Solaini (Lugo)  
 F. Stella (Bologna) E. Tamborrino (Mirandola) P. Tassoni (Ferrara)  
 F. Tonelli (Firenze) G. Terrosu (Udine) M. Uberti (Ferrara)  
 G. Zaninotto (Venezia Mestre)

# Grazie



16 aprile 2011